

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة ☐	New ☑ جديد	Type	نوع الطلب (1)
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 573189480	رقم الجوال:	Employee Name : AZEES KANI	أسم الموظف:
ID Number	2235273113		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر, مرض التكسر اللوني, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy ☐ Current single pregnancy with previous CS delivery ☐ Current multiple pregnancy ☐ Expected delivery date			للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		573189480	0	0	2235273113	EMPLOYEE	1	AZEES KANI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل او اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
[stamp: سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926]	AZEES	٢٠٢١ /٧/ ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 550794207 رقم الجوال:		Employee Name : MUHAMMAD WAHEED TAHIR TAHIR	اسم الموظف:
ID Number	2349051215		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 305 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر اللوني, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظم التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		550794207	0	0	2349051215	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD WAHEED TAHIR TAHIR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة جهود سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	WAHEED	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 593928870	رقم الجوال:	Employee Name : ZEESHAN KHALID KHALID MALIK	أسم الموظف:
ID Number	2349398749		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ,الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التضخم الفوائي، التليف الكيسي .هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		593928870	0	0	2349398749	EMPLOYEE	1	ZEESHAN KHALID KHALID MALIK	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 10095926 س.ت	Employee Signature (4) توقيع الموظف ZEESHAN	Date التاريخ ٢٠٢١/١٧/١٢

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 571136754	رقم الجوال:	Employee Name : SANJAY KUMAR RAM LAKHAN	أسم الموظف:
ID Number	2354538171		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر اللوني التليف الكيسي .هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: .مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو امراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك .انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571136754	0	0	2354538171	EMPLOYEE	1	SANJAY KUMAR RAM LAKHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095920	SANJAY	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 568778423	رقم الجوال:	Employee Name : ALI SALEH ALI AL KHUZAEI	أسم الموظف:
ID Number	2370104867		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 204 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		568778423	0	0	2370104867	EMPLOYEE	1	ALI SALEH ALI AL KHUZAEI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١/١٢/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري : | Entity Name : Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 538010106 رقم الجوال: | Employee Name : ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN أسم الموظف:

ID Number 2350601320 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: | Nationality : 207 الجنسية: | Marital Status الحالة الاجتماعية: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hosipital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التضخم الكيسي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		538010106	0	0	2350601320	EMPLOYEE	1	ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN	1

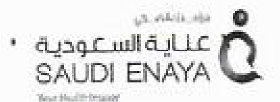
Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010085926	[signature]	٢٠٢١/١٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 594473235	رقم الجوال:	Employee Name : GULAM NURANI MOHAMMAD JAHIR	اسم الموظف:
ID Number	2370105070		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: .مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		594473235	0	0	2370105070	EMPLOYEE	1	GULAM NURANI MOHAMMAD JAHIR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	GULAM	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 598772338 رقم الجوال:	Employee Name : ABDUL HANAN ARSHAD ARSHAD أسم الموظف:
ID Number	2370837532 رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy; Current single pregnancy with previous CS delivery; Current multiple pregnancy; Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد؛ حمل حالي مع قيصرية سابقة؛ حمل حالي متعدد الأجنة؛ تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		598772338	0	0	2370837532	EMPLOYEE	1	ABDUL HANAN ARSHAD ARSHAD	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010935926	ARSHAD	٢٠٢١/١٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 581287707 رقم الجوال:		Employee Name : MUHAMMAD JAMIL RAMZAN أسم الموظف:
ID Number	2315312062	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	,هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		581287707	0	0	2315312062	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD JAMIL RAMZAN	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الاقرار و التفويض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي لاي أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	RAMZAN	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 581192250	رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMAD MUNIR ANWAR	أسم الموظف:
ID Number	2314877826		رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ اعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		581192250	0	0	2314877826	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD MUNIR ANWAR	1

Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	ANWAR	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 530933258 رقم الجوال:	**Employee Name :** MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM أسم الموظف:
ID Number 2315315255	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	م
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد،الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530933258	0	0	2315315255	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM	1

Undertakings:	الاقرار و التفويض :
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقيم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س ت 1010095926	ANJUM	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الأفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 503470155	رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMED SAIFUL BABUL	اسم الموظف:
ID Number	2315382693		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 305 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج	Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الأفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		503470155	0	0	2315382693	EMPLOYEE	1	MOHAMMED SAIFUL BABUL	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

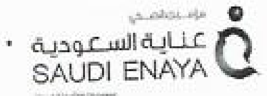
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل او اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	BABUL	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة / New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 502096795 رقم الجوال:	Employee Name : IMAMUDDIN SHAMSHUDDIN MIYAN أسم الموظف:
ID Number 2315385787	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 305 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف لأفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		502096795	0	0	2315385787	EMPLOYEE	1	IMAMUDDIN SHAMSHUDDIN MIYAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل او اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف: MIYAN	Date التاريخ: ٢٠٢١/١٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة | New ☑ جديد | Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري : | Entity Name : Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 551299789 رقم الجوال: | Employee Name : ABDELHAFIZ KAMAL MOHAMED أسم الموظف:

ID Number 2338300474 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 305 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولى، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		551299789	0	0	2338300474	EMPLOYEE	1	ABDELHAFIZ KAMAL MOHAMED	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010085926	(4)	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 502187393 رقم الجوال:		Employee Name : ELAGEED DAFAALLA ALI MOHAMED أسم الموظف:
ID Number	2346429422	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		502187393	0	0	2346429422	EMPLOYEE	1	ELAGEED DAFAALLA ALI MOHAMED	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

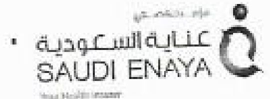
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة المؤسسة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
[stamp: سلام النخبة ... 1010095926]	[signature]	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	نوع الطلب (1)
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 578453107 رقم الجوال:		Employee Name : AMIR SOHAIL MUHAMMAD RAMZAN	أسم الموظف:
ID Number	2349050936		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		578453107	0	0	2349050936	EMPLOYEE	1	AMIR SOHAIL MUHAMMAD RAMZAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الأقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الأفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	SOHAIL	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:	عزيزي المؤمن له :
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 562268894 رقم الجوال:	Employee Name : SALAUDDIN JALALUDDIN اسم الموظف:
ID Number 2314878600	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي .هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: .مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الدسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		562268894	0	0	2314878600	EMPLOYEE	1	SALAUDDIN JALALUDDIN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة ت 1010095926	SALAUDDIN	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة | New ☑ جديد | Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري : | Entity Name : Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 545309204 رقم الجوال: | Employee Name : JAAN MOHAMMAD SHIEKH أسم الموظف:

ID Number 2375418767 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 900 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الأفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الإلتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) — بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		545309204	0	0	2375418767	EMPLOYEE	1	JAAN MOHAMMAD SHIEKH	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

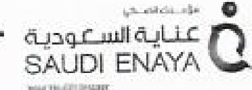
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	SHEIKH	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 595478069	رقم الجوال:	Employee Name : FURQAN DANISH ZAFAR ALI	اسم الموظف:
ID Number	2375420045		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: .مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) (3)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		595478069	0	0	2375420045	EMPLOYEE	1	FURQAN DANISH ZAFAR ALI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

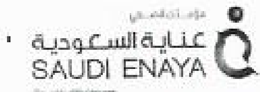
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بان عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 010095928]	Employee Signature (4) توقيع الموظف: DANISH	Date التاريخ: ٢٠٢١ /٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any Insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :

Entity Name : Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 506144072 رقم الجوال:

Employee Name : OMAR AHMED BAMUHRIZ أسم الموظف:

ID Number 2040467157 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 320 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية. أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو امراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للانثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		506144072	0	0	2040467157	EMPLOYEE	1	OMAR AHMED BAMUHRIZ	1
		506144072	0	0	2165775889	DAUGHTER	2	REEM BAMUHRIZ	2
		556396044	0	0	2137382939	SON	1	TURKI BAMUHRIZ	3
		506144072	0	0	2073520971	WIFE	2	FATIMAH ABDULLAH BAMUHRIZ	4

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

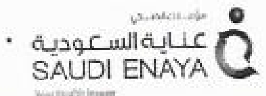
الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 556840070 رقم الجوال:		Employee Name : RAJA MOHAMED KHAN أسم الموظف:
ID Number	2234512404	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		556840070	0	0	2234512404	EMPLOYEE	1	RAJA MOHAMED KHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على اساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095936	RAJA	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : دامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 570808156 رقم الجوال:	Employee Name : VIMALRAJ RAMALINGAM أسم الموظف:
ID Number 2235203342	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hosipital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy ☐ Current single pregnancy with previous CS delivery ☐ Current multiple pregnancy ☐ Expected delivery date			للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد، حمل حالي مع قيصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		570808156	0	0	2235203342	EMPLOYEE	1	VIMALRAJ RAMALINGAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	VIMALRAJ	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 537058829 رقم الجوال:	Employee Name : UPENDRA KUMAR SINGH اسم الموظف:
ID Number 2237124165	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		537058829	0	0	2237124165	EMPLOYEE	1	UPENDRA KUMAR SINGH	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

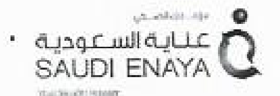
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم علي أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	UPENDRA	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 577519573 رقم الجوال:	Employee Name : DELUWAR MENTU MIA FATEMA اسم الموظف:
ID Number 2307949863	رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 900 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر اللوني، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		577519573	0	0	2307949863	EMPLOYEE	1	DELUWAR MENTU MIA FATEMA	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

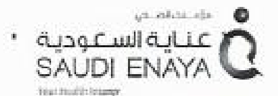
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام اي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095826	DELUWAR	٢٠.٩ /٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 576761553	رقم الجوال:	Employee Name : KALAM ABUL HOSSAIN SOFEYA	اسم الموظف:
ID Number	2309098164		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، إستسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،إنحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		576761553	0	0	2309098164	EMPLOYEE	1	KALAM ABUL HOSSAIN SOFEYA	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

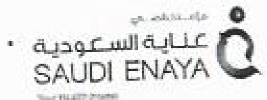
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	KALAB	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشاة :
Mobile No : 554793468 رقم الجوال:		Employee Name : ASHAB UDDIN RUSTUM ALI أسم الموظف:
ID Number	2309098495	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال الاخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		554793468	0	0	2309098495	EMPLOYEE	1	ASHAB UDDIN RUSTUM ALI	1

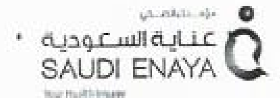
Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	ASHAB UDDIN	٢٠٢١ /٧/ ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 501205727 رقم الجوال:	Employee Name : EISSA HAMOOD SARHAN اسم الموظف:	
ID Number 2377607300 رقم الهوية		
Gender : 1 الجنس: Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status الحالة الاجتماعية: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ؛ الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		501205727	0	0	2377607300	EMPLOYEE	1	EISSA HAMOOD SARHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

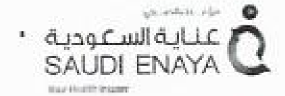
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
[stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926]	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل السليم لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشاة :	
Mobile No : 596976187 رقم الجوال:	Employee Name : MUHAMMAD FAWAD RAUF اسم الموظف:	
ID Number	2376622896	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:	

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال الاخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		596976187	0	0	2376622896	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD FAWAD RAUF	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي لاسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	FAWAD	2022 / 11 / 14

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :
Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 530824471 رقم الجوال:
Employee Name : TAMEEM ABDULLAH AL AZABI أسم الموظف:
ID Number 2376625527 رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 207 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530824471	0	0	2376625527	EMPLOYEE	1	TAMEEM ABDULLAH AL AZABI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's Stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010005990	[signature]	٢٠٢٤ /٧ /١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق الشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 568413095	رقم الجوال:	Employee Name : HESHAM MAGDI ELTABEI IBRAHIM	أسم الموظف:
ID Number	2402185173		رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 207 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		568413095	0	0	2402185173	EMPLOYEE	1	HESHAM MAGDI ELTABEI IBRAHIM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على اساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095826	[signature]	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد

Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : يأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 505878537	رقم الجوال:	Employee Name : HAMED ABDULRAHMAN AL AMERI	أسم الموظف:
ID Number	2375206394		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		505878537	0	0	2375206394	EMPLOYEE	1	HAMED ABDULRAHMAN AL AMERI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على احقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926]	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/١٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

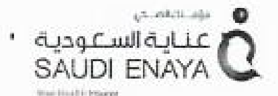
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : دامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة / New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571378078 رقم الجوال:	Employee Name : SYED MOHAMMAD RAFI أسم الموظف:
ID Number 2388348399	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernies, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571378078	0	0	2388348399	EMPLOYEE	1	SYED MOHAMMAD RAFI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

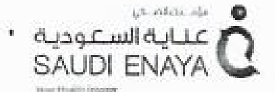
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة: [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926]	Employee Signature (4) توقيع الموظف SYED	Date التاريخ ٢٠٢١/١٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 573396298 رقم الجوال:	Employee Name : RAKESH SUNAR أسم الموظف:
ID Number 2305216190	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي, تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	,هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف وافراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		573396298	0	0	2305216190	EMPLOYEE	1	RAKESH SUNAR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	RAKESH	٢٠٢١/١٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 576274117 رقم الجوال:	**Employee Name :** SURENDAR SAHANI أسم الموظف:
ID Number 2375206204	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 900 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		576274117	0	0	2375206204	EMPLOYEE	1	SURENDAR SAHANI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الاقرار و التفويض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف SAHANI	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 552733743	رقم الجوال:	Employee Name : SHARFY AWAD ALI SHARFY	أسم الموظف:
ID Number	2329036426		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج	Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الأفصاح عن وجود اي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ؛ الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		552733743	0	0	2329036426	EMPLOYEE	1	SHARFY AWAD ALI SHARFY	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الأقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة | New ☑ جديد | Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 582334729 رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMAD ARIF ASLAM أسم الموظف:
ID Number 2372672614	رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية: Marital Status الحالة الاجتماعية: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال الخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة, السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة, الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي, هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك, انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) — بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		582334729	0	0	2372672614	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD ARIF ASLAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	ARIF	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 564552171	رقم الجوال:	Employee Name : MOSTAFA MOHAMED IBRAHIM	أسم الموظف:
ID Number	2372064911		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hosipital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف وأفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		564552171	0	0	2372064911	EMPLOYEE	1	MOSTAFA MOHAMED IBRAHIM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010093926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 538635792	رقم الجوال:	Employee Name : HASHEM QAID GHANEM	أسم الموظف:
ID Number	2375734155		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 320 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج	Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		538635792	0	0	2375734155	EMPLOYEE	1	HASHEM QAID GHANEM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

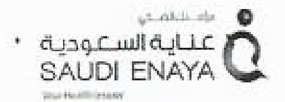
الإقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010099928	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 562872582	رقم الجوال:	**Employee Name :** MOHAMED ABDELWAHAB	أسم الموظف:
ID Number	2306464534		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 313 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

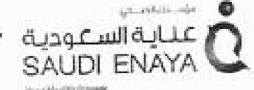
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		562872582	0	0	2306464534	EMPLOYEE	1	MOHAMED ABDELWAHAB	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الاقرار و التفويض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095826	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) بعد تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 570314846	رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMAD TABREZ KHAN	أسم الموظف:
ID Number	2354537900		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		570314846	0	0	2354537900	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD TABREZ KHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

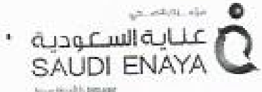
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	TABREZ	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 594297265 رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMAD AADIL ABDULLAH أسم الموظف:
ID Number 2315095055	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		594297265	0	0	2315095055	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD AADIL ABDULLAH	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

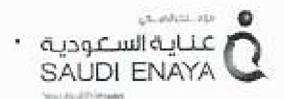
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	AADIL	2021/12/14

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 576379780 رقم الجوال:		Employee Name : MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN اسم الموظف:
ID Number 2315437687		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy ☐ Current single pregnancy with previous CS delivery ☐ Current multiple pregnancy ☐ Expected delivery date			للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد، حمل حالي مع قيصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		576379780	0	0	2315437687	EMPLOYEE	1	MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل او اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف BILAL	Date التاريخ ٢٠٢١/١٧/١٤

مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 577360274 رقم الجوال:	**Employee Name :** HIM BAHADUR KHADKA أسم الموظف:	
ID Number 2375418619	رقم الهوية	
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 207 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:	

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع الشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ; الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الدموي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy; Current single pregnancy with previous CS delivery; Current multiple pregnancy; Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد؛ حمل حالي مع قيصرية سابقة؛ حمل حالي متعدد الأجنة؛ تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		577360274	0	0	2375418619	EMPLOYEE	1	HIM BAHADUR KHADKA	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تنشأ قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	HIM	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد — Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :
Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 591460776 رقم الجوال :
Employee Name : SATHANANTHAM KATHIRKAMAPODY أسم الموظف:
ID Number 2372971990 رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 900 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التضر القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)
بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		591460776	0	0	2372971990	EMPLOYEE	1	SATHANANTHAM KATHIRKAMAPODY	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095928	SATHANANTHAM	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين السـاري السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571056769 رقم الجوال:	Employee Name : MURLI RAJBHAR BARSATU أسم الموظف:
ID Number 2378139527	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 204 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571056769	0	0	2378139527	EMPLOYEE	1	MURLI RAJBHAR BARSATU	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

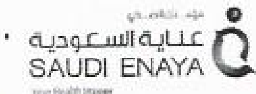
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على اساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp: ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	MURLI	٢٠٢١/٧/١٢

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 530411364 رقم الجوال:	Employee Name : HAMDI ABDELHAKIM AKL ALI أسم الموظف:
ID Number 2226937528	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الدوائي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530411364	0	0	2226937528	EMPLOYEE	1	HAMDI ABDELHAKIM AKL ALI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل او اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010093926	[signature]	١٤ / ٧ / ٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشاة :
Mobile No : 581031242 رقم الجوال:	**Employee Name :** SAMIULLAH KHAN BADARUJ KHAN أسم الموظف:
ID Number 2375736119	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		581031242	0	0	2375736119	EMPLOYEE	1	SAMIULLAH KHAN BADARUJ KHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

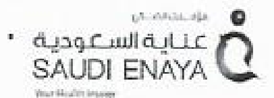
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010005926	SAMIULLAH	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571273353 رقم الجوال:		Employee Name : JIUT KUMAR RAJBHAR اسم الموظف:
ID Number	2375206139	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1 Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	1
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6 **Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571273353	0	0	2375206139	EMPLOYEE	1	JIUT KUMAR RAJBHAR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	JIUT	٢٠٢١ /٧ /١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 500842617 رقم الجوال:	Employee Name : RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL أسم الموظف:	
ID Number 2234508188 رقم الهوية		
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:	

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود اي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		500842617	0	0	2234508188	EMPLOYEE	1	RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL	1

Undertakings:	الاقرار و التفويض :
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).	1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.	2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.	3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	THIRU	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

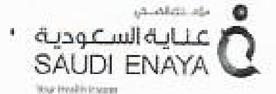
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	**عزيزي المؤمن له :** نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 577202421 رقم الجوال:	Employee Name : GHASI RAM HARNATH BAIRWA أسم الموظف:
ID Number 2383273196	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		577202421	0	0	2383273196	EMPLOYEE	1	GHASI RAM HARNATH BAIRWA	1

Undertakings:	**الاقرار و التفويض :**
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).	1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.	2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.	3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's Stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095826	GHAS I	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 532898831 رقم الجوال:		Employee Name : ROBAL AHMOD SANORA BAGOM أسم الموظف:
ID Number	2309145833	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال الـ 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف لافراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		532898831	0	0	2309145833	EMPLOYEE	1	ROBAL AHMOD SANORA BAGOM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	BAGOM	٢٠٢١/١٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 508109549 رقم الجوال:	Employee Name : ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI أسم الموظف:	
ID Number	2375305501	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التضمر القولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		508109549	0	0	2375305501	EMPLOYEE	1	ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

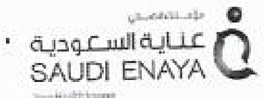
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095920	[signature]	٢٠٢١/١١/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 508252950 رقم الجوال:	Employee Name : IBRAHIM MIA MD IDRIS أسم الموظف:	
ID Number	2315383618	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف وافراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		508252950	0	0	2315383618	EMPLOYEE	1	IBRAHIM MIA MD IDRIS	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	M I A	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 593502534 رقم الجوال:	Employee Name : SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE أسم الموظف:
ID Number 2370328151	رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) — بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		593502534	0	0	2370328151	EMPLOYEE	1	SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

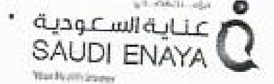
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's Stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 101000503	SHAFIQUE	٥.٥١ /٧١٢

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 599614838 رقم الجوال:	**Employee Name :** ABDULLAH ABDULKAREEM MOHSEN اسم الموظف:
ID Number 2377413667	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة **Provider Name**	الحالة **case**	رقم الجوال **Mobile No.**	الطول **Height**	الوزن **Weight**	رقم الهوية **ID Number**	القرابة **Relation**	الجنس **Gender**	اسم الموظف/أفراد العائلة **Employees/Dependent Name**	م
		599614838	0	0	2377413667	EMPLOYEE	1	ABDULLAH ABDULKAREEM MOHSEN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010085936	[signature]	٢٠٢١/١٢/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 573319670 رقم الجوال:		Employee Name : TOFAZZAL HOSSAIN A KUDDUS أسم الموظف:
ID Number	2306829587	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر اللوني، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		573319670	0	0	2306829587	EMPLOYEE	1	TOFAZZAL HOSSAIN A KUDDUS	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

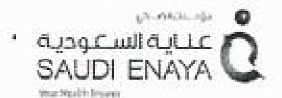
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010086928	KUDDUS	٢٠٢١/ ١٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 542204418 رقم الجوال:	Employee Name : NAWAF AYAD NAHAR ALHARBI اسم الموظف:
ID Number 1080138843	رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 305 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر اللوني، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف وأفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		542204418	0	0	1080138843	EMPLOYEE	1	NAWAF AYAD NAHAR ALHARBI	1
		542204418	0	0	1195879091	SON	1	ANAS NAWAF AYAD ALHARBI	2
		542204418	0	0	1075680668	WIFE	2	DALAL SAMAH NAHAR ALHARBI	3
		542204418	0	0	1171184128	DAUGHTER	2	MALAK NAWAF AYAD ALHARBI	4

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	نواف	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشاة :
Mobile No : 504553765	رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMED MUSHABBAB ALSHEHRI	أسم الموظف:
ID Number	1015706904		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 305 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود اي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		504553765	0	0	1015706904	EMPLOYEE	1	MOHAMMED MUSHABBAB ALSHEHRI	1
		504553765	0	0	1018410728	WIFE	2	QIBLAH DHAFER AWWADH ALSHEHRI	2
		504553765	0	0	1148165861	SON	1	RAYID MOHAMMED ALSHEHRI	3
		504553765	0	0	1132849686	SON	1	ABDULLAH MOHAMMED ALSHEHRI	4
		504553765	0	0	1123711135	SON	1	ABDULRAHMAN ALSHEHRI	5
		504553765	0	0	1176940417	DAUGHTER	2	JUMANAH MOHAMMED ALSHEHRI	6

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

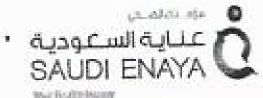
الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :
Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 547346639 رقم الجوال:
Employee Name : OTHMAN ABDULALIM QINDIL أسم الموظف:
ID Number 2061854846 رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 204 الجنسية: Marital Status الحالة الاجتماعية: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الإلتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)
بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		547346639	0	0	2061854846	EMPLOYEE	1	OTHMAN ABDULALIM QINDIL	1

Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة المؤسسة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Type	نوع الطلب	(1)
Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 506910609 رقم الجوال:	Employee Name : MAHMOUD HASSAN SAYED ALY أسم الموظف:
ID Number 2228067027	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الإلتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو امراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		506910609	0	0	2228067027	EMPLOYEE	1	MAHMOUD HASSAN SAYED ALY	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

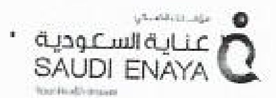
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010099926	[signature]	١٤/٧/٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 595878514 رقم الجوال:	Employee Name : ABDULHADI ALI MOHAMMED SAIF أسم الموظف:
ID Number 2384566598	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		595878514	0	0	2384566598	EMPLOYEE	1	ABDULHADI ALI MOHAMMED SAIF	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

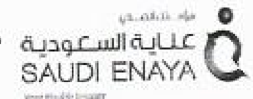
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 538156509 رقم الجوال:		Employee Name : ABDULRAHMAN SAEED ALOMAQI	اسم الموظف:
ID Number	2338651421		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، امراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		538156509	0	0	2338651421	EMPLOYEE	1	ABDULRAHMAN SAEED ALOMAQI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم الاشارة امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلاح النخبة للمقاولات العامة س.ت 195926	[signature]	٢٠٢١/١١/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 562893376 رقم الجوال:	**Employee Name :** NAGIB SALEM MOHAMED SALEM أسم الموظف:
ID Number 2306831963	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الإجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		562893376	0	0	2306831963	EMPLOYEE	1	NAGIB SALEM MOHAMED SALEM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

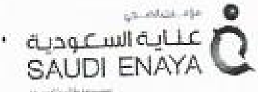
الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (٩) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 562672454 رقم الجوال:		Employee Name : ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED	أسم الموظف:
ID Number	2300139413		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		562672454	0	0	2300139413	EMPLOYEE	1	ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
[stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095925]	[signature] علاء	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 576099718 رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMED RASEL SOHIDULLAH اسم الموظف:
ID Number 2305451649	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		576099718	0	0	2305451649	EMPLOYEE	1	MOHAMMED RASEL SOHIDULLAH	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشاري امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يشير بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095920	SHOHIDULLAH	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 599033594 رقم الجوال:	Employee Name : AHMAD USMAN AHMAD JAN اسم الموظف:
ID Number 2349289385	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود اي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		599033594	0	0	2349289385	EMPLOYEE	1	AHMAD USMAN AHMAD JAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام اي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	USMAN	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)شهر
2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة · **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 594729592 رقم الجوال:	**Employee Name :** MOHAMMAD FAIYAZ AHMAD أسم الموظف:
ID Number 2306152139	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 900 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الأفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) 3

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		594729592	0	0	2306152139	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD FAIYAZ AHMAD	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	FAIYAZ	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 594652287 رقم الجوال:		Employee Name : SHAHID RAZA SHAUKAT ALI اسم الموظف:
ID Number 2374231617		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's discase,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر, مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		594652287	0	0	2374231617	EMPLOYEE	1	SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

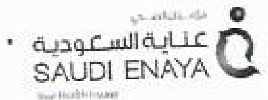
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	SHAHID	C.C1 / V / 1٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Type		نوع الطلب	(1)
Addition ☐ (2) إضافة ☐	New ☑ جديد		
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 572753115	رقم الجوال:	Employee Name : SHOHRAB ALAM AHAMAD ALAM	أسم الموظف:
ID Number	2385452830		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال الخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophillia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		572753115	0	0	2385452830	EMPLOYEE	1	SHOHRAB ALAM AHAMAD ALAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س ت 1010095926	SHOHRAB	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 530865964 رقم الجوال:		Employee Name : MUHAMMAD ARSHAD AHMAD أسم الموظف:
ID Number	2376673329	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 305 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التضخم الكولي التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530865964	0	0	2376673329	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD ARSHAD AHMAD	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل او اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي لأي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	ARSHAD	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 533893473 رقم الجوال:	Employee Name : ADEL QASEM ABDO NAJI اسم الموظف:
ID Number 2338651157	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التصمر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه: الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		533893473	0	0	2338651157	EMPLOYEE	1	ADEL QASEM ABDO NAJI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

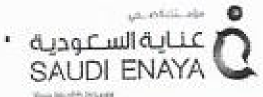
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بان عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين لأكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشاة :
Mobile No : 508577475 رقم الجوال:	**Employee Name :** SIRR ALKHATM OTHMAN MOHAMMED اسم الموظف:
ID Number 2020574832	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 900 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		508577475	0	0	2020574832	EMPLOYEE	1	SIRR ALKHATM OTHMAN MOHAMMED	1
		508577475	0	0	2156428290	SON	1	ASIM MOHAMMED	2
		508577475	0	0	2186760910	DAUGHTER	2	HANA MOHAMMED	3
		508577475	0	0	2021762873	WIFE	2	LAILA SULAIMAN	4

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	2021 / 7 / 14

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة | **New** ☑ جديد | **Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571074168 رقم الجوال:	**Employee Name :** NEERAJ KUMAR GANGA RAM أسم الموظف:
ID Number 2385064031	رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية: **Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر اللوني, التليف الكيسي .هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571074168	0	0	2385064031	EMPLOYEE	1	NEERAJ KUMAR GANGA RAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

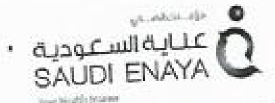
الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على اساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	NERAJ	٢٠٢١ /٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة / New ☑ جديد	Type — نوع الطلب (1)
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam — اسم المنشأة :
Mobile No : 571790078 — رقم الجوال:	Employee Name : SHRAVAN RAM GOVIND — أسم الموظف:
ID Number 2385064395	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: / Nationality : 204 الجنسية:	Marital Status — Married ☐ متزوج / Single ☑ أعزب — الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	No لا	Yes نعم	يرجى الافصاح عن وجود اي من الحالات اداه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	م
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر اللولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571790078	0	0	2385064395	EMPLOYEE	1	SHRAVAN RAM GOVIND	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها باي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	GOVIND	٢٠٢١ /٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 597846958 رقم الجوال:	Employee Name : MOSARIB RIZWAN HAQUE اسم الموظف:
ID Number 2394956904 رقم الهوية	
Gender : 1 الجنس: Nationality : 204 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، امراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		597846958	0	0	2394956904	EMPLOYEE	1	MOSARIB RIZWAN HAQUE	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

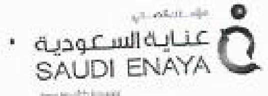
الإقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	RIZWAN	٢٠٢١ /٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Type	نوع الطلب (1)
Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 580792185 رقم الجوال:	**Employee Name :** RAM SAMUJH AVADH RAM أسم الموظف:
ID Number 2387809193	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 204 الجنسية:	**Marital Status** الحالة الاجتماعية: **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية او التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		580792185	0	0	2387809193	EMPLOYEE	1	RAM SAMUJH AVADH RAM	1

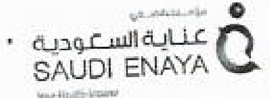
Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. اوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	RAM	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين لأكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

عزيزي المؤمن له :
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

نوع الطلب (1) Type

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد

اسم المنشأة : Entity Name : Al salam	رقم الوثيقة/ السجل التجاري : PolicyNo/CR :
أسم الموظف: Employee Name : NOOR KAMAL MUHAMMED KAMAL	رقم الجوال: Mobile No : 590758693
رقم الهوية ID Number	2370842037
الحالة الاجتماعية: Marital Status الجنسية: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	Nationality : 304 الجنس: Gender : 1

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	No لا	Yes نعم	يرجى الأفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ؛ الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التصحر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		590758693	0	0	2370842037	EMPLOYEE	1	NOOR KAMAL MUHAMMED KAMAL	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. اوافق على احقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	NOOR	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 557326820 رقم الجوال:	**Employee Name :** MUHAMMAD HASIL SHAKAR KHAN اسم الموظف:
ID Number 2372774345	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		557326820	0	0	2372774345	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD HASIL SHAKAR KHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي لأي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم الجهة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	SHAKAR	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 530129044 رقم الجوال:	Employee Name : NABIL FARHAN ABDO MOQBEL أسم الموظف:
ID Number 2374231716	رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 900 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530129044	0	0	2374231716	EMPLOYEE	1	NABIL FARHAN ABDO MOQBEL	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010096936	نبيل	٢٢ /١١/ ١٤

(1) Upon renewal of the policy. The insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

نوع الطلب (1) Type

Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد

اسم المنشأة : Entity Name : Al salam

رقم الوثيقة/ السجل التجاري : PolicyNo/CR :

اسم الموظف: Employee Name : ZEYAD GHANEM AHMED SAEED

رقم الجوال: Mobile No : 551124886

رقم الهوية ID Number 2375734783

الحالة الاجتماعية: Marital Status الجنسية: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب

Gender : 1 الجنس: Nationality : 321

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		551124886	0	0	2375734783	EMPLOYEE	1	ZEYAD GHANEM AHMED SAEED	1

Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp — [Stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926]

Employee Signature (4) توقيع الموظف — [signature]

Date التاريخ 14/7/2021

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :

Entity Name : Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 554284340 رقم الجوال:

Employee Name : SULIMAN ABDALLA HASSAN ABAKAR أسم الموظف:

ID Number 2377411356 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ,الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		554284340	0	0	2377411356	EMPLOYEE	1	SULIMAN ABDALLA HASSAN ABAKAR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة / New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 551688935 رقم الجوال:	Employee Name : GAMIL HAZAEA ALI A ALJEBZI أسم الموظف:
ID Number 2382513378	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة (√) في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy / Current single pregnancy with previous CS delivery / Current multiple pregnancy / Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد / حمل حالي مع قيصرية سابقة / حمل حالي متعدد الأجنة / تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		551688935	0	0	2382513378	EMPLOYEE	1	GAMIL HAZAEA ALI A ALJEBZI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تنشأ قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	2021/7/14

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 599386472 رقم الجوال:	Employee Name : MOHIT RAMASHANKAR VISHWAKARMA أسم الموظف:
ID Number 2354356491	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية او أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من امراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		599386472	0	0	2354356491	EMPLOYEE	1	MOHIT RAMASHANKAR VISHWAKARMA	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	VISHWAKARMA	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له